

Результати лікування оцінені як добрі у 76,3% пацієнтів, задовільні – у 18,6%, незадовільні – у 5,1%. Останні у зв'язку із незрошенням перелому з виникненням хибного суглобу 3 та остеомієліту 2 повторно оперовані.

Висновки. Під час медичної реабілітації хворих з переломами дистального відділу кісток гомілки своєчасне визначення та проведення заходів з профілактики ускладнень відповідно етапу лікування є запорукою отримання значного відсотку позитивних результатів.

## **ОЦІНКА ПОЛОЖЕННЯ ЯЗИКА В СТАНІ СПОКОЮ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**

***Саблін М.І., Ківа Т.В., Стебловська В.І., Бужилов І.В., Якубов Р.В.***

**Науковий керівник: ас. Сокологорська-Нікіна Ю.К.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Язик – це м'язовий орган, що має великий вплив на стан зубного ряду і альвеолярні гребені. Він тисне на кожен зуб силою 500 грам.

Язик бере участь у багатьох важливих процесах: визначає смак і температуру їжі; допомагає в перемішуванні їжі та слини, запускаючи процес травлення; забезпечує ковтання; бере участь у формуванні мови. А ще, здійснюючи кілька тисяч рухів на добу (тільки ковтальних рухів близько 2000), язык бере участь у формуванні склепіння піднебіння та прикусу.

Правильне положення язика, яким дитина повинна бути навчена з дитинства є визначальним фактором формування ортогнатичного прикусу. Для правильного росту зубів у порожнині рота має утворитися так звана міодинамічна рівновага, тобто тиск язика зсередини на зубний ряд верхньої щелепи має відповідати тиску м'язів губ і щік зовні.

Метою нашої роботи була оцінка положення язика за допомогою конусно-променевої комп'ютерної (КПКТ) в положенні спокою у ортодонтичних пацієнтів.

Матеріали і методи. В дослідженні брали участь 22 пацієнти, що мали ортодонтичну патологію. Всім пацієнтам була проведена КПКТ щелепно-лицевої ділянки на дентальному комп'ютерному томографі «VATECH PAX-ZENITH 3D», крок сканування 1 мм, час сканування 15 сек. із загальною променевою навантаженням 50 мкЗв. Аналіз КТ проводили в програмі Ez3D2009.

При вивченні КПКТ в програмі у всіх трьох вікнах, що характеризують три площини, встановлювали томографічні зрізи посередині. Всі подальші вимірювання проводили на аксіальному зрізі. У нормі, кінчик язика в нейтральному положенні, розташовується за верхніми різцями, не торкаючись їх, спинка язика притискається до піднебіння, стимулюючи ріст верхньої щелепи в ширину.

Пацієнти були розподілені на дві групи. Групу 1 склали 13 чоловік із зубощелепними аномаліями (ЗЩА) I класу за Енглем, 2 група – 9 чоловік, що мали ЗЩА II клас за Енглем. Вік хворих від 9 до 41 року.

Результати. Під час аналізу зрізів встановлено, що лише 40,91% обстежених має правильне положення язика в стані спокою. В групі 1 нормальне положення язика зустрічалось у 22,72%, неправильне положення у 36,36%. В групі 2 правильне положення виявлено у 18,2%, в свою чергу неправильне положення язика в 22,72%.

Висновок. Таким чином, отримані результати вказують, що у 59,09 % пацієнтів із ЗЩА язик під час спокою займає неправильне положення та є однією з причин формування ЗЩА. Частіше правильне положення язика мають пацієнти з I класом за Енглем – 22,73%.

### **ТРИВАЛІСТЬ ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ІНТЕРВАЛУ QT ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ШЛУНОЧКОВИХ АРИТМІЙ ПРИ РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЯХ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТА МІОКАРДА**

**Семака О.В., Стецишина К.О., Радченко К.В., Назарець А.П.**

**Науковий керівник: к.мед.н., ас. Катеренчук О.І.**

*Кафедра сімейної медицини і терапії*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Шлуночкові аритмічні події у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда є вагомим фактором ризику раптової смерті, нерідко поєднуються зі зниженою толерантністю до фізичних навантажень та призводять до низької якості життя.

Мета дослідження. Оцінити залежність тривалості та варіабельності інтервалу QT в якості ризик-фактору виникнення шлуночкових порушень ритму в залежності від локалізації пошкодження міокарду обумовленого перенесеним Q-позитивним інфарктом.

Методи дослідження. В дослідження залучено 28 пацієнтів в терміни 1-3 місяці після перенесеного інфаркта міокарда, яким виконано 24-годинне холтерівське моніторування ЕКГ з аналізом інтервалу QT в різних відведеннях та оцінкою характеру шлуночкових порушень ритму. Пацієнти були розділені на 3 групи: з перенесеним інфарктом в зоні задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), передньої стінки та передньо-бокової. Статистичний аналіз виконано на базі інтернет-платформи VassarStats.

Результати. За рівнем градації шлуночкових ектопічних ритмів групи були співставимі та відповідали 2-4 ступеню за класифікацією R. Myerburg. Тривалість інтервалу QT не була статистично значимо подовжена в досліджуваних групах, однак відмічались нижчі показники варіабельності інтервалу QT при локалізації пост-інфарктного рубця в зоні задньої стінки ЛШ в порівнянні з іншими локалізаціями (SDQT –  $22 \pm 4,2$  мс, SVQT –  $5,2 \pm 1,3\%$  проти SDQT –  $34 \pm 5,2$  мс, SVQT –  $8,2 \pm 2,6\%$ ;  $p < 0,05$ ). Варто відмітити, що зниження показників SDQT < 25 мс та SVQT < 5% пря-